

# KRABELSTUBE



KRABELSTUBE SCHÄRDING  
SCHLOSSHOF 1  
4780 SCHÄRDING  
T 07712 3154 710

[JOHANNA.REISECKER@SCHAERDING.OOE.GV.AT](mailto:JOHANNA.REISECKER@SCHAERDING.OOE.GV.AT)

## ANMELDUNG 2023/2024

Öffnungszeiten: Halbtags: Montag bis Freitag: 6.45 Uhr bis 12.15 Uhr  
Ganztags: Montag bis Donnerstag: 6.45 Uhr bis 16.00 Uhr  
Freitag: 6.45 Uhr bis 14.00 Uhr

Gewünschte Aufnahme (Datum):

### ANGABEN ZUM KIND:

Nachname:	Vorname:	Geburtsdatum/Geburtsort:	
männlich <input type="checkbox"/>	weiblich <input type="checkbox"/>		
Wohnadresse:	Religion:		
	Staatsbürgerschaft/Muttersprache:		
	Geschwisteranzahl/Geburtsjahr:		
Versicherungsnummer des Kindes:			
Inanspruchnahme (bitte eintragen):			
	von	bis	Mittagessen
Montag			
Dienstag			
Mittwoch			
Donnerstag			
Freitag			

### ZAHLUNGSPFLICHTIGER

Nachname:	Vorname:
IBAN:	BIC:
Bankinstitut:	

## ANGABEN ZUR MUTTER

Familienname:	Vorname:	Geburtsdatum:	
PLZ:	Ort:	Straße/Hausnummer:	
1. Telefonnummer:	2. Telefonnummer:		
Familienstand:	Staatsbürgerschaft:		
beschäftigt als	beschäftigt bei (Firma):	Vollzeit:	Teilzeit:
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ANGABEN ZUM VATER

Familienname:	Vorname:	Geburtsdatum:	
PLZ:	Ort:	Straße/Hausnummer:	
1. Telefonnummer:	2. Telefonnummer:		
Familienstand:	Staatsbürgerschaft:		
beschäftigt als	beschäftigt bei (Firma):	Vollzeit:	Teilzeit:
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Von wem wird das Kind abgeholt:</b> Name:			
<b>Anmerkungen:</b>			

## KONTAKTPERSON (WENN ELTERN NICHT ERREICHBAR)

Familienname:	Vorname:		
PLZ:	Ort:	Straße/Hausnummer:	
Telefonnummer:			

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit aller Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Beilagen:

- 1 Kopie der Geburtsurkunde oder Geburtsbescheinigung des Kindes
- 1 ausgefülltes Formblatt über die Durchführung ärztlicher Untersuchungen